

23 633

De kwaliteit van zorginstellingen (Kwaliteitswet zorginstellingen)

MEMORIE VAN ANTWOORD

Ontvangen 23 november 1995

Met interesse heb ik kennisgenomen van de opmerkingen van de leden van de fracties van VVD, CDA, D66, SGP, RPF, GPV en het lid Hendriks. Ik vertrouw erop dat na de beantwoording de behandeling van het voorstel van Wet op de kwaliteit van zorginstellingen op korte termijn zal worden afgerond.

De leden van de VVD-fractie stelden dat in de Tweede Kamer een aantal ingrijpende amendementen is aanvaard. Zij vroegen mij in verband hiermee aan te geven of de Kwaliteitswet nog wel voldoet aan de elementaire eisen van doelmatigheid en uitvoerbaarheid.

Inderdaad heeft een aantal veranderingen plaatsgevonden, maar dat heeft de essentie van de wet niet aangetast. De centrale norm, verantwoordende zorg, heeft zijn puurheid behouden. Ook aan de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder is niet getornd. De veranderingen die bij nota van wijziging in de wet zijn aangebracht, komen feitelijk neer op het expliciteren van zaken die voorheen impliciet uit de wet voortvloeiden. Zo bevat de wet nu de verplichting tot het betrekken van de resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties bij het invulling geven aan de wettelijke eisen, terwijl voorheen dergelijke resultaten van overleg als kenbronnen zouden zijn gekwalificeerd. Het verslag dat de zorgaanbieders jaarlijks ter inzage moeten leggen, is op twee punten aangescherpt: op het punt van de frequentie en het resultaat van de kwaliteitsbeoordeling in de betrokken instellingen en op het punt van ontvangen klachten en meldingen over de kwaliteit van de verleende zorg en het daaraan gegeven gevolg. Ook bij de aanvaarde amendementen, waarop later in deze memorie nog wordt teruggekomen, gaat het om het expliciteren van hetgeen impliciet reeds in de wet vastlag. De essentie van de wet is daarmee dus niet gewijzigd. Hierdoor blijft de wet naar mijn mening voldoen aan elementaire eisen van doelmatigheid en uitvoerbaarheid.

De leden van de VVD-fractie informeerden ook naar de noodzaak van artikel 6 en de manier waarop met de geboden mogelijkheden zal worden omgegaan.

De leden van deze fractie gaven al aan dat het van belang is dat instellingen de ruimte blijven houden om het kwaliteitsbeleid af te

stemmen op de eigen behoefte en situatie waarin men zich bevindt. Artikel 6 wil de zorgaanbieders deze ruimte niet ontnemen. Artikel 6 is opgenomen als vangnet voor de gevallen waarin in bepaalde sectoren de globale normen van de wet onvoldoende leiden tot verantwoorde zorg. Het moet gezien worden als waarborg dat de overheid kan ingrijpen, wanneer een sector zelf er op geen enkele wijze toe gebracht kan worden om de wettelijke eisen vorm te geven. Met dit artikel zal dan ook zeer terughoudend worden omgegaan. Voordat er bij algemene maatregel van bestuur nadere regels gesteld worden, zal eerst naar andere mogelijkheden gegrepen worden om instellingen er op te wijzen dat zij het begrip verantwoorde zorg voldoende invulling moeten geven. Pas als er structureel in een bepaalde sector tekort wordt gedaan aan het begrip verantwoorde zorg, zullen er nadere regels gesteld worden. Dit ingrijpen als correctiemiddel moet duidelijk gezien worden als een noodgreep. De gestelde regels kunnen van tijdelijke aard zijn.

De leden van de VVD-fractie vroegen mij of ik de zorg van deze leden deelde dat de handhaving een zeer onoverzichtelijk geheel zal worden nu in toenemende mate verpleeghuizen met bejaardenhuizen fuseren en ook de thuiszorg verpleeghuiszorg biedt door middel van substitutieprojecten. In de nota naar aanleiding van het verslag van de Tweede Kamer heb ik destijds aangegeven dat er op het punt van de handhaving sprake is van enige inconsistentie van wetgeving. Daarbij heb ik echter ook gewezen op het feit dat de uitzonderingspositie voor bejaardenoorden slechts voor een beperkte periode aan de orde is. Voorzien is dat de Wet op de bejaardenoorden zal vervallen per 1 januari 1997 omdat de bekostiging van de bejaardenoorden met ingang van die datum zal plaatsvinden op grond van een subsidieregeling van de Ziekenfondsraad.

Dit betekent tevens het einde van de inconsistentie. Ik wil overigens benadrukken dat deze inconsistentie niet nieuw is. Ook in de huidige wet- en regelgeving geldt voor bejaardenoorden een ander toezichts- en handavingsregime dan voor andere zorgvormen. De inspectie bejaardenoorden en het Staatstoezicht hebben daardoor een ruime ervaring opgebouwd met het toezicht op voorzieningen die zich op het grensvlak van beide werkerreinen bevinden. In de praktijk is de samenwerking tussen de verschillende inspecties steeds naar tevredenheid verlopen. Ik voorzie dan ook geen problemen gedurende de periode waarin toezicht en handhaving op grond van de Kwaliteitswet nog deels tot het takenpakket van de provincie respectievelijk de grote gemeente zullen behoren.

Naar aanleiding van de vraag van de leden van deze fractie of het niet eenvoudiger zou zijn om het hele onderscheid tussen handhaving en toezicht te laten verdwijnen, merk ik op dat ernaar gestreefd is om toezicht en handhaving steeds op hetzelfde overheidsniveau te doen plaatsvinden. Zowel het toezicht op de bejaardenoorden als de handhaving berusten daarom bij de provincie respectievelijk de grote gemeente, terwijl toezicht en handhaving voor andere zorginstellingen op het niveau van de rijksoverheid plaatsvinden.

De leden van de VVD-fractie vroegen mij ook om nog eens uiteen te zetten op wie de Kwaliteitswet respectievelijk de Wet BIG van toepassing is. Zij verwezen daarbij naar een verzoek van de huisartsenlaboratoria om onder het regime van de wet geplaatst te worden.

De Wet BIG stelt eisen aan individuele beroepsbeoefenaren. Hierbij speelt het organisatorisch verband waarbinnen zij werkzaam zijn, in beginsel geen rol. Alleen artikel 40, zoals dat wordt gewijzigd bij inwerkingtreding van het onderhavige wetsvoorstel, vormt hierop een uitzondering. De kwaliteitseisen van dit artikel zijn uitsluitend van toepassing op solistisch werkzame beroepsbeoefenaren. Deze solisten worden daarbij aangesproken in hun hoedanigheid van organisator van zorg. In deze rol wordt van hen hetzelfde geëist als van andere zorgaan-

bieders, namelijk dat zij hun zorgverlening op adequate wijze organiseren en dat zij hun kwaliteit op systematische wijze bewaken, beheersen en verbeteren.

De Kwaliteitswet is van toepassing op alle – particulier of collectief gefinancierde – zorginstellingen, waarbij onder een zorginstelling wordt verstaan een organisatorisch verband strekkend tot de verlening van zorg. Daarbij stelt de wet dat een organisatorisch verband dat zorg verleent die als onderdeel van de zorg in een ander organisatorisch verband kan worden aangemerkt, niet als aparte instelling in de zin van deze wet wordt beschouwd. Hierbij wordt bedoeld op bijvoorbeeld maatschappen die in een instelling functioneren, maar ook op facilitaire bedrijven, die in opdracht van een instelling bepaalde diensten verlenen.

Voor wat betreft de huisartsenlaboratoria betekent dit dat laboratoria met een of meer zelfstandige zorgtaken als een instelling in de zin van de Kwaliteitswet kunnen worden beschouwd. Te denken valt aan laboratoria met een eigen trombosedienst, een eigen diabetesdienst of een zelfstandige taakvervulling ten opzichte van andere groepen chronisch zieken. Bij de huisartsenlaboratoria is in de meeste gevallen van dergelijke zelfstandige taken sprake. Voor het beperkte aantal laboratoria dat uitsluitend als facilitair bedrijf opereert, is de Kwaliteitswet niet van toepassing. Immers de door hen verleende zorg valt volledig binnen het kader van het door de opdrachtgever verleende zorgaanbod, en behoort derhalve tot het terrein waarop privaatrechtelijke overeenkomsten gesloten kunnen worden.

Deze leden vroegen voorts wat de opheffing van de contracteerplicht en het erkenningstelsel in de praktijk zal betekenen voor instellingen en de daarbij betrokken adviescolleges.

Het onderhavige wetsvoorstel voorziet niet in opheffing van de contracteerplicht. Wel wordt met dit wetsvoorstel het erkenningstelsel gewijzigd in een systeem van toelating, waarbij niet meer aan kwaliteitseisen wordt getoetst. Dit betekent dat eventueel te vragen adviezen zich niet meer op die aspecten behoeven te richten.

Met de invoering van de Kwaliteitswet wordt het systeem van incidentele toetsing vervangen door een systeem van structurele toetsing. Het thans vigerende systeem van incidentele toetsing, waarin overheidsorganen een centrale rol spelen, gaat uit van de gedachte dat het stellen van gedetailleerde eisen leidt tot verantwoorde zorg. De praktijk heeft inmiddels geleerd dat dit zeker niet altijd het geval is. Het voldoen aan gedetailleerde eisen betekent niet dat er sprake is van kwalitatief goede zorg. Sterker nog, soms wordt juist verantwoorde zorg geleverd door een bewust afwijken van de eisen. Immers, wat verantwoorde zorg is, is sterk situationeel gebonden. Bij het nieuwe systeem van structurele toetsing zijn het daarom de zorgaanbieders zelf die de eerste toets uitvoeren, want zij kunnen het beste inschatten op welke wijze verantwoorde zorg binnen hun eigen organisatie vorm dient te krijgen. De overheid, in casu de inspectie, toetst pas in tweede instantie. Door middel van deze toets kan de overheid garanderen dat daadwerkelijk verantwoorde zorg plaatsvindt.

Het verheugt mij dat de leden van de CDA-fractie op hoofdlijnen met het onderhavige wetsontwerp kunnen instemmen. Ik ben het geheel met deze leden eens dat het vooral zaak is te bewerkstelligen dat het hoge kwaliteitsniveau van de zorg in ons land gewaarborgd blijft, en dat juist globaal geformuleerde, maar essentiële eisen hierbij effectief zullen zijn. Het is mijn stellige overtuiging dat met het beperkte aantal eisen van de Kwaliteitswet meer bereikt kan worden dan met een grote hoeveelheid gedetailleerde voorschriften.

De leden van de CDA-fractie vroegen mij of ik het tot stand brengen van instituten die zich toeleggen op het nader uitwerken van het begrip verantwoorde zorg en het uitwerken en het ontwikkelen van kwaliteitsbor-

gingssystemen, zal ondersteunen.

Het systematisch omgaan met kwaliteit is een zaak die in de zorgsector momenteel volop in beweging is. De achtergrond van deze ontwikkeling ligt deels in het veranderde bestuurlijke inzicht omtrent de wijze waarop verantwoordelijkheden tussen overheid en veld verdeeld moeten worden. Deels ook is er binnen de samenleving een tendens naar een groter kwaliteitsbewustzijn. Die tendens, die zowel waarneembaar is in het bedrijfsleven als in de dienstensector, heeft binnen de zorgsector aanleiding gegeven tot een sterk vergrote aandacht voor interne en externe kwaliteitsbewakende systemen. Vanuit het ministerie is het belang van deze activiteiten steeds van harte onderschreven. Om deze reden worden sinds geruime tijd begrotings- en premiemiddelen gereserveerd voor de ontwikkeling van kwaliteitszorg. De middelen worden zowel aangewend voor het ontwikkelen van criteria, model-kwaliteitssystemen en andere instrumenten als voor pilotactiviteiten rond de invoering van deze instrumenten. Ook voor de komende jaren heb ik voor deze doelen middelen gereserveerd. Binnenkort zal ik over dit onderwerp een brief aan de Tweede Kamer zenden, waarvan ik de Eerste Kamer een afschrift zal doen toekomen.

De leden van de CDA-fractie vroegen de regering waarom zorginstellingen geen compensatie krijgen voor het voldoen aan de vereisten van de Kwaliteitswet.

Het huidige kwaliteitsbeleid van instellingen is veelal een aaneenschakeling van incidentele activiteiten. De Kwaliteitswet wil daar verandering in brengen door het aantal incidentele activiteiten terug te brengen en daarvoor in de plaats structurele activiteiten verplicht te stellen. Wanneer sprake is van structurele activiteiten zal kwaliteitszorg niet snel op toeval berusten. Kwalitatief goede zorg is dan het logische resultaat van een systematisch kwaliteitsbeleid. De inwerkingtreding van de Kwaliteitswet zorginstellingen betekent dat nieuwe activiteiten opgestart moeten worden. Andere activiteiten echter kunnen verminderen. Er zal bijvoorbeeld meer aandacht kunnen komen voor de preventie van fouten en hiervoor kan het in eerste instantie nodig zijn om kosten te maken. Met een preventief beleid behoeft er echter weer minder aandacht uit te gaan naar het herstellen van fouten. Op dit laatste punt zullen de kosten dan ook afnemen. De Kwaliteitswet leidt dus niet zozeer tot een toename van kosten als wel tot een kostenverschuiving binnen bestaande budgetten.

Regelmatig wordt benadrukt dat een systematisch kwaliteitsbeleid leidt tot een kostendaling. Een belangrijke reden hiervoor is dat kwaliteit en doelmatigheid hand in hand gaan. Er is bijvoorbeeld geen sprake van kwaliteit als overbodige verrichtingen plaatsvinden. Vooralsnog ga ik er echter niet van uit dat bij de implementatie van de Kwaliteitswet inderdaad een kostendaling zal optreden. De beschikbaar komende middelen zullen in de beginfase van het werken met kwaliteitssystemen immers direct in het kwaliteitsbeleid worden geïnvesteerd.

De leden van de CDA-fractie aanvaardden dat kwaliteitsbeleid en kostenbeheersing hand in hand kunnen gaan, maar plaatsten daarbij een kritische kanttekening betreffende het handhaven van een verantwoord kwaliteitsniveau bij beperkte middelen.

Hierover merk ik het volgende op. Een krap financieel kader mag voor een instelling nooit een reden zijn, zorg beneden een verantwoord niveau te verlenen. Een beperking van de financiële middelen kan er echter, op macro-niveau, wel toe leiden dat van een verminderd aanbod sprake is. Dit is inderdaad een politiek probleem, dat bij de behandeling van de begroting en het daarbij gevoegde FOZ aan de orde dient te komen.

Over het door deze leden gemaakte onderscheid tussen cure- en care-sectoren merk ik op dat technologische vernieuwing niet noodzakelijk kerwijs leidt tot een verhoging van de kwaliteit. Waar het om gaat, is dat

iedere instelling, ongeacht de sector waartoe zij behoort, op haar niveau en met de haar ten dienste staande middelen en mogelijkheden tot zorgverbetering (waarvan ik in dit kader liever spreek dan van zorgvernieuwing) streeft naar het verlenen van zorg van een verantwoord niveau.

Deze leden vroegen mij ook om mijn visie te geven betreffende care-instellingen die in een enkel of meerdere opzichten tekortschieten, maar niet beschikken over de middelen om op afdoende wijze oplossingen te creëren.

Een instelling die in de kwaliteit van de zorgverlening tekortschiet, kan zich er tegenover de inspecteur nooit met succes op beroepen dat de sector waartoe zij behoort, te weinig mogelijkheden zou hebben tot kwaliteitsverbetering. Waar die mogelijkheden absoluut ontbreken, zal toch in ieder geval moeten (en kunnen) worden gestreefd naar het (handhaven van het) verlenen van zorg van verantwoord niveau. De beoordeling van dat niveau is, zoals in de Nota naar aanleiding van het verslag aan de Tweede Kamer (Kamerstukken II 23 633, nr. 8, blz. 7) is gezegd in antwoord op een vraag van de leden van de CDA-fractie, een relatieve; zij hangt onder meer af van de omstandigheden in de instelling.

Zoals hierboven is gezegd, laat een beperking van het aanbod van zorg de kwaliteit daarvan onverlet, ja die beperking kan zelfs bedoeld zijn om de kwaliteit te waarborgen of te verhogen. Ook nu al is het immers zo dat op grond van artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen bepaalde verrichtingen juist om kwalitatieve redenen slechts in een beperkt aantal inrichtingen mogen worden uitgevoerd. Op macro-niveau is daar dus sprake van een beperking, waarmee is beoogd op meso-niveau een verantwoord niveau te bereiken.

De leden van de fracties van CDA en D66 vroegen zich na bestudering van de brief « Modernisering ouderenzorg » af of handhaving van de toezichthoudende taak van de provinciale overheid ten opzichte van de bejaardenoorden wel in de rede ligt als de volledige overheveling van de bejaardenoorden naar de AWBZ nog tot 2002 uitblijft.

Het ligt in de bedoeling dat de bekostiging van de bejaardenoorden met ingang van 1 januari 1997 zal plaatsvinden op grond van een subsidie-regeling van de Ziekenfondsraad. Met ingang van diezelfde datum zal dan de Wet op de bejaardenoorden worden ingetrokken. De intrekkingswet zal voorzien in een wijziging van de Kwaliteitswet zorginstellingen in die zin dat een einde wordt gemaakt aan de bijzondere positie van de bejaardenoorden in de Kwaliteitswet. Alsdan zullen de bejaardenoorden dus vallen onder het toezicht van het Staatstoezicht op de volksgezondheid en zal de sanctionering in handen komen te liggen van de centrale overheid. Van inconsistentie van de wetgeving met betrekking tot de uitzonderingspositie van de bejaardenoorden zal derhalve maar gedurende een beperkte tijd sprake zijn.

Deze leden wezen op de noodzaak van afstemming tussen beroepsbeoefenaren en instellingen. Zij kregen de indruk dat hieraan nog weinig aandacht wordt besteed. Inderdaad is afstemming van het kwaliteitsbeleid tussen beroepsbeoefenaren en instellingen een gebied waarop nog nadere activiteiten ontplooid moeten worden. Dit hangt samen met het feit dat de ontwikkeling van kwaliteitszorg een stapsgewijs proces is en zorgaanbieders aanvankelijk vooral hebben gestreefd naar het tot ontwikkeling brengen van kwaliteitsactiviteiten binnen de eigen kring respectievelijk de eigen instelling. Nu hier het nodige tot ontwikkeling is gebracht, wordt in toenemende mate gezocht naar samenwerking en afstemming met zorgpartners. De wijze waarop ontwikkelingen zich voltrekken, kan goed in verband gebracht worden met de afspraken die in 1989/1990 en in 1995 te Leidschendam zijn gemaakt. Lag in 1989/1990 het accent sterk op activiteiten die binnen de eigen gelederen ontplooid

zouden moeten worden, in 1995 waren juist de samenwerking en het ontstaan van « ketenkwaliteit » punten van aandacht.

Vanuit het ministerie wordt samenwerking en afstemming gestimuleerd door juist die activiteiten te financieren waarbij het gaat om samenwerking tussen beroepsbeoefenaren en instellingen dan wel samenwerking tussen zorgaanbieders, patiënten/consumenten en verzekeraars.

Deze leden informeerden ook naar het tot stand komen van richtlijnen voor verantwoord verzekeraarschap.

Hoewel het beleid van verzekeraars niet tot het domein van het onderhavige wetsvoorstel gerekend kan worden, vind ik het – mede gelet op de onderlinge verhoudingen binnen de zorgsector – van belang dat ook verzekeraars zich buigen over de vraag wat op hun terrein verantwoord handelen betekent. Ik heb daarom met interesse kennisgenomen van de toezegging van de verzekeraars tijdens de Leidschendamconferentie dat zij binnen vijf jaar criteria voor verantwoord verzekeraarschap zullen ontwikkelen.

De leden van de CDA-fractie zijn met mij van mening dat de discussie over de regionale samenhang en de rol van de regiovisie in het kader van dit wetsontwerp niet aan de orde is. Zij vragen zich wel af in welk kader de discussie dan wel zal worden gevoerd en hoe de leden van de Eerste Kamer bij dit vraagstuk zullen worden betrokken.

Het voornemen is thans een basis voor de regiovisie te leggen in de Wet ziekenhuisvoorzieningen. De discussie daarover zal dan plaatsvinden in het kader van deze wetgeving, waarbij de Eerste Kamer als medewetgever betrokken zal zijn.

De leden van de CDA-fractie vroegen of het niet in de rede ligt dat niet alleen de zorginstellingen maar ook de zorgverzekeraars en de rijksoverheid jaarlijks verslag doen van het door hen gevoerde kwaliteitsbeleid.

De Kwaliteitswet heeft tot doel dat de instelling, gegeven de omstandigheden, waaronder begrepen het beleid van de zorgverzekeraars en de overheid, zorg verleent van een verantwoord niveau. Haar jaarverslag zal derhalve indirect aanwijzingen kunnen geven omtrent het beleid van verzekeraars en de overheid. Een verplichting voor de verzekeraar om verslag te doen, kent de wet niet; zij richt zich tot de zorgaanbieder. Wat betreft het beleid van de overheid: zij legt over het gevoerde en te voeren beleid verantwoording tegenover het parlement af bij de behandeling van de begroting. Met name bij de bespreking van het FOZ zal het verband tussen de beschikbare middelen en de mogelijkheden tot kwaliteitsverbetering aan de orde kunnen komen. Daarnaast zal in de toekomst ook het periodiek verschijnende document betreffende de Staat van de Gezondheidszorg het parlement informatie bieden die gerelateerd kan worden aan het gevoerde beleid. Ik verwijs deze leden naar een brief omtrent de informatiestructuur die ik recent aan de Tweede Kamer zond.

Deze leden vroegen of ook de overheid niet systematisch de gevolgen voor de kwaliteit zou moeten aangeven om met recht te kunnen concluderen dat het beleid nog kan worden gevoerd onder handhaving van kwaliteit. Ik kan met deze leden instemmen dat ook ten aanzien van het beleid van de overheid evaluatie moet plaatsvinden. Om deze reden heb ik gemeend ook in deze wet een evaluatiebepaling te moeten opnemen. Overigens betekent het vastleggen van een evaluatiedatum niet dat uitsluitend op dat tijdstip de werking van de wet geëvalueerd wordt. Immers, het onderhavige wetsvoorstel betreft de kwaliteit, een onderwerp waarover ook jaarlijks wordt gerapporteerd door het Staatstoezicht. In de toekomst zal voorts het document betreffende de Staat van de Gezondheidszorg ook in informatie omtrent de werking van de onderhavige wet voorzien.

De leden van de CDA-fractie waren niet onverdeeld gelukkig met de regeling van de geestelijke verzorging, zoals deze door aanvaarding van het amendement Lansink in het wetsvoorstel is opgenomen. Zij betreurden het dat het element van de aard en doelstelling van de instelling uit het amendement is weggevallen.

Dit element, dat wel is opgenomen in het Voorstel van Wet geestelijke verzorging, heeft in die wet geen betrekking op de levensbeschouwelijke identiteit van de instelling, maar bedoelt aan te geven dat de wijze waarop de geestelijke verzorging wordt geboden, afgestemd moet zijn op de verschillende instellingen waarop de wet betrekking heeft. Zo zal in een instelling waarin mensen gedurende een lange tijd dag en nacht verblijven, een andersoortige behoefte bestaan aan de beschikbaarheid van geestelijke verzorging dan bijvoorbeeld in een instelling voor kortdurende dagbehandeling. Het amendement werd echter zodanig gelezen dat gevreesd werd voor een verbinding tussen de identiteit van de instelling en de aard van de te bieden geestelijke verzorging. De huidige formulering belemmert mijns inziens niet dat instellingen invulling geven aan een levensbeschouwelijke identiteit. Er behoeven naar mijn mening geen spanningen te ontstaan voor identiteitsgebonden instellingen, die het begrip verantwoorde zorg mede op grond van hun uitgangspunten willen invullen, mits elke patiënt kan rekenen op geestelijke verzorging, die zoveel mogelijk aansluit bij zijn godsdienst of levensovertuiging.

De leden van de fracties van SGP, RPF en GPV pleitten voor een voorhangprocedure wanneer onverhoopt een algemene maatregel van bestuur nodig zou zijn betreffende het begrip verantwoorde zorg.

De mogelijkheid tot het stellen van nadere regels ten aanzien van de artikelen 2, 3, en 4 is in het wetsvoorstel neergelegd voor het geval dat zorgaanbieders op zo grote schaal in gebreke blijven bij de naleving van de eisen dat een individuele correctiemogelijkheid niet langer op zijn plaats is. Het stellen van algemene regels kan in dergelijke omstandigheden de voorkeur verdienen. Het is niet de verwachting dat de inhoud van de regels van een algemene maatregel van bestuur op grond van artikel 6 zodanig ingrijpend zal zijn dat een voorhangprocedure gerechtvaardigd is. Overigens heb ik de Tweede Kamer toegezegd dat ik bereid ben om voorafgaand aan de voordracht van de maatregel, de inhoud ervan aan het parlement mede te delen. Ook ben ik bereid het punt van de voorhangprocedure bij nadere regelgeving in de evaluatie mee te nemen.

De leden vroegen zich ook af hoe zal worden gedefinieerd wat de betekenis is van de zinsnede: «en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt».

Mijns inziens is het gezien de discussie in de Tweede Kamer hieromtrent niet noodzakelijk om te definiëren wat onder de betreffende zinsnede verstaan moet worden. Tijdens deze beraadslaging werd een aantal malen verwezen naar de vier basiseisen voor kwaliteit van zorg die in de nota Kwaliteit van zorg worden genoemd. De heer Middel zei in het wetsvoorstel een van die eisen te missen, namelijk de eis dat het zorgaanbod zowel op macro- als microniveau moet zijn afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Hij diende een amendement met die strekking in. Ik heb de Tweede Kamer dit amendement om twee redenen ontraden. Allereerst ging het mij om de toevoeging: «op macro- en microniveau», die later is vervallen. Bij de Kwaliteitswet gaat het om de kwaliteit van de zorg die door instellingen wordt verleend, om de daadwerkelijke zorgverlening dus. De kwaliteit op macro-niveau is geen onderwerp waarop deze wet zich richt, omdat een individuele zorgaanbieder hier niet of nauwelijks invloed op heeft.

Een tweede reden om het argument te ontraden was gelegen in het feit dat niet duidelijk is wat exact de betekenis is van het begrip «reële

behoefte». De heer Middel maakte duidelijk dat hij hiermee bedoelde dat er afstemming en samenwerking tussen zorgaanbieders moet zijn zodat aan de behoefte van de patiënt tegemoet wordt gekomen. Het gaat derhalve om een aantal elementen die feitelijk inherent zijn aan zowel verantwoorde zorg als andere in de wet genoemde begrippen als doelmatigheid, doeltreffendheid en patiëntgerichtheid. Het formuleren van de eis van aansluiting op de reële behoefte van de patiënt kan in dit verband worden gezien als een explicitering van het elders gestelde. Het aanvaarden van het gewijzigde amendement door de Tweede Kamer moet naar mijn mening in dit licht worden begrepen.

Deze leden stelden ook dat zij het in het kader van externe kwaliteitsbeoordeling relevant achten dat een artikel wordt opgenomen waarin wordt geregeld dat de zorgaanbieder aan personen als bedoeld in artikel 5, tweede lid, op hun verzoek nadere gegevens verstrekt ten aanzien van de uitvoering van artikel 2, 3, en 4. Ik deel de mening van deze leden niet. Het toevoegen van een betreffend artikel is onnodig waar het gaat om het beschikbaar stellen van gegevens aan het Staatstoezicht; dit heeft op grond van het onderhavige wetsvoorstel en andere wetgeving voldoende instrumenten om de betreffende gegevens te verkrijgen. Het opnemen van een plicht voor zorgaanbieders om informatie te verstrekken aan een regionaal patiënten/consumentenplatform, wanneer zij hiertoe een verzoek uiten, acht ik niet wenselijk. Het past niet binnen de systematiek van de wet om anderen dan de inspectie bevoegdheden te geven in relatie met de naleving van de wet.

De leden van de fracties van SGP, RPF en GPV vroegen of ik stimuleer dat ook regionaal resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten tot stand komen en of dit bij de evaluatie van de wet betrokken wordt. In artikel 3 is vastgelegd dat de zorgaanbieder verplicht is om de resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties te betrekken bij de concretisering van de wettelijke eisen. In de tekst wordt bewust in het midden gelaten op welk niveau het overleg moet plaatsvinden. De regering zal het tripartiete overleg, op welk niveau ook gevoerd, stimuleren. Maar de zorgaanbieder zelf is verantwoordelijk voor de manier waarop hij de resultaten in zijn beleid tot uitdrukking laat komen. Bij het overleg tussen de betrokken partijen zal de stem van de patiënt of van een organisatie die de patiënt vertegenwoordigt, gehoord moeten worden. En aangezien verantwoorde zorg er in de eerste plaats moet zijn voor de patiënt, zal het tripartiete overleg zeker een punt in de evaluatie van de Kwaliteitswet zijn waarbij stil zal worden gestaan.

Deze leden vroegen ook naar de financiering van de patiëntenbeweging. Gelet op de onmisbare rol die patiënten/consumentenorganisaties in de zorgsector vervullen, onder meer op het terrein van de kwaliteit van zorg, is het mijn bedoeling deze organisaties structureel te bekostigen met premiemiddelen uit een daartoe op te richten patiënten/consumentenfondsen.

Door het budget van dit fonds geleidelijk te laten groeien, zal worden voorzien in een hechte financiële basis, die het mogelijk maakt dat deze organisaties een permanente bijdrage leveren aan de verhoging van de kwaliteit van zorg vanuit het patiënten/consumentenperspectief.

Daarnaast is het mijn bedoeling om op korte termijn een studie te laten verrichten naar de haalbaarheid van een organisatie voor de ondersteuning van patiënten/consumentenorganisaties bij de toepassing van kwaliteitscriteria.

Het verheugt mij dat het lid Hendriks kan instemmen met het onderhavige wetsvoorstel. Ik heb goede notitie genomen van zijn opmerking

betreffende de inbreng van de cliënt. Ik onderken het belang van een adequate inbreng van patiënten/consumenten op het gebied van de kwaliteit van zorg. De positie van patiënten/consumenten in relatie met het onderhavige wetsvoorstel zal bij de evaluatie van de wet derhalve zeker een punt van aandacht vormen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers